STANFORD UNIVERSITY
15
MAR
LIBRARY

Aus der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster (Pfalz).
Vorstand: Obermedizinalrat Dr. Edenhofer.

# Die Reaktion Schizophrener bei Entzug der Invalidenrente

(mit vier eigenen Fällen)

Lane Medical Library

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Rupprecht-Karls-Universität

zu Heidelberg

vorgelegt von

Ursula Roediger

aus Landau.

1937

Druckerei und Verlag wissenschaftl. Werke Konrad Triltsch, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der med. Fakultät der Universität Heidelberg.

Referent:

**Professor Dr. Schneider.**

Dekan:

**Professor Dr. Runge.**

1938

Wir gebrauchen in der Medizin den Begriff „Reaktion" im weitesten Sinn als Antwort des Körpers oder des Geistes auf irgendwelche äußeren Einwirkungen.

In der Psychiatrie wird er in so verschiedenen Bedeutungen angewandt, daß wir gut daran tun, uns zunächst darüber klar zu werden, was wir darunter verstehen. Zweckmäßig unterscheiden wir eine biologische und eine psychologische Bedeutung.

Die biologische Reaktion ist die Reaktion des Gehirns auf Vorgänge, die endogen oder exogen bedingt sein können. Diese Reaktion des Gehirns kann sich als psychotisches Bild äußern und wird dadurch zum Gegenstand der Psychiatrie. In diesem Sinn sind auch Bonhoeffers exogene Reaktionstypen zu verstehen. Er stellt dabei den exogenen Faktor weit über die individuelle Disposition des Einzelorganismus. Etwas anderes sind nach Bumkes Auffassung die exogenen Reaktionstypen, denn man kann seine Auffassung der Schizophrenen als exegene Reaktionstypen nur so erklären, daß Kranke mit besonders gearteten Gehirnen oder Dispositionen auf irgendwelche exogenen Schäden mit schizophrenen Bildern antworten.

Zu den psychologischen Reaktionen kann man die Reaktionen im allerweitesten medizinischen Sinne zählen. Hier wollen wir aber nur die psychologischen Reaktionen im Gegensatz zu den biologischen betrachten, da ja nur sie für die klinische Psychiatrie von Wichtigkeit sind.

Nachdem Jaspers die Psychoreaktionen nach den kausalen und verständlichen Zusammenhängen einteilt, unterscheiden wir als die beiden wesentlichen Unterformen der Psychoreaktionen erstens die Kausalreaktion und zweitens die verständliche Reaktion. Die kausale Reaktion umfaßt nach Hellpach „seelische Abweichungen, die nicht bloß in ihrer Inhaltsfüllung, sondern in ihrem Entstehen und Verlauf, also ätiologisch und klinisch, und damit zugleich prognostisch und therapeutisch aus seelischen Erlebnissen herauswachsen, ohne diese Erlebnisse nicht nur anders sein, sondern überhaupt nicht sein würden, ja vielmehr in ihrem Da-Sein als in ihrem So-Sein als seelische Reaktionen auf seelische Erlebnisse sich darstellen". Hellpach faßt diesen Reaktionsbegriff rein genetisch auf ohne Beziehung zum Inhalt im Gegensatz zur verständlichen Reaktion. Jaspers fordert für diese außer einer

kausalen zeitlichen Verbindung und einer entsprechenden Intensität des psychischen Traumas verständliche Zusammenhänge zwischen Inhalt des Erlebnisses und Inhalt der Reaktion. Ferner fordert er, daß sich reaktive Psychosen zurückbilden, wenn der Konflikt gelöst ist.

Bei den verständlichen Reaktionen können wir weitere Unterformen festlegen: Die Reaktion kann dem auslösenden Erlebnis qualitativ und quantitativ aequat sein. Das ist der Fall bei der normalen Reaktion. Zu den quantitativ und besonders qualitativ inaequaten Reaktionen zählen wir die psychogenen Psychosen und vor allem die hysterischen Reaktionsweisen.

Auch K. Schneiders „intermittierende Reaktion" stellen wir zu den verständlichen Reaktionen. Er versteht darunter Reaktionen die, trotzdem der auslösende Konflikt gelöst zu sein scheint, durch irgendein kleines Erlebnis, das stichwortartig wirkt, wieder aufflackern.

Als dritte Unterform der psychotischen Reaktionen seien die Kontrastreaktionen genannt, unter denen man das Verfallen in das Extrem versteht, z. B. den jähen Umschlag einer ausgelassenen Heiterkeit in Niedergeschlagenheit und Verstimmung.

Eine Psychose, die nur kausal in Zusammenhang mit einer außerbewußten psychischen Ursache, wie Hunger, Ermüdung, Menstruation, das seelische Gleichgewicht erschüttert, ist streng zu unterscheiden von einer reaktiven Psychose im engeren Sinne. Von ihr sprechen wir mit Jaspers nur dann, wenn die abnormen seelischen Veränderungen auf ein seelisches Erlebnis hin eintreten. Bei der reaktiven Psychose kommt also zum kausalen Band noch der verständliche Zusammenhang.

Erweitern können wir den Begriff der reaktiven Psychose dahin, daß wir darunter zusammenfassen alle abnormen seelischen Zustände, die auf ein Erlebnis in unmittelbarem Zusammenhang mit diesem so auftreten, daß die Inhalte des neuen Zustandes einen verständlichen Zusammenhang mit dem Erlebnis haben. Diese Psychose kann bei jedem auftreten. Sie richtet sich in ihrer Art nach dem Einzelindividuum, sei dies nun ein Schizophrener, ein Psychopath oder ein organisch Kranker.

Die Art der seelischen Reaktion ist gegeben durch gewisse Grundlagen, die man in die psychopathische und die schizophrene Konstitution einteilen kann. Die erste kann aufgefaßt werden als eine dauernde Anlage und zweite als eine Anlage, die jederzeit in einem Prozeß fortschreiten kann. Als Beispiel einer psychopathischen Konstitution mag die hysterische Reaktion gelten.

Den Begriff einer reaktiven Psychose bei der Schizophrenie hat Bleuler als erster aufgestellt. Er unterscheidet unter den Psychosen der Schizophrenie zwischen Schüben, die spontan durch den Krankheitsprozeß entstehen, und Reaktionen, die auf Grund der schizophrenen Veränderungen auf ein äußeres Erlebnis hin stattfinden. Also haben wir auf der einen Seite Psychosen, die durch eine seelische Erschütterung als wentliche Ursache bedingt sind und auch überzeugende verständliche Zusammenhänge zwischen Erlebnis und Psychoseninhalt zeigen. Das sind die echten reaktiven Psychosen. Auf der anderen Seite haben wir prozeßhafte Psychosen, deren Inhalte keinen verständlichen Zusammenhang mit dem Schicksal zeigen, wenn die Inhalte natürlich auch irgendwie aus dem früheren Leben genommen sein müssen, ohne daß ihr Erlebniswert, ihr Wert als Schicksal, das Ausschlaggebende für den Eintritt in den Psychoseninhalt war. Das sind die Schübe.

Die Verschiedenheit des reaktiven Verhaltens der Menschen ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Um dies zu erklären, müssen wir versuchen, uns den Ablauf einer Reaktion klarzumachen.

Als Grundlage der Zusammenhänge zwischen Erlebnis und Reaktion haben wir die Kausalität. Dazu kommt das Verständnis. Verständliche Zusammenhänge können wir uns nur erklären durch das unbedingt sichere Ablaufen unbekannter, außerbewußter Mechanismen. In vielen Fällen reaktiven Verhaltens denken wir überhaupt nicht an die kausalen Zusammenhänge, sondern es genügen uns zur Erklärung die verständlichen Beziehungen. Da ist der Fall, wenn durch das Erlebnis die gesamte individuelle seelische Disposition die gleiche bleibt, wie es beim Normalen der Fall ist. Etwas ganz anderes ist es in den Fällen, in denen auf eine Gemütserschütterung hin eine Bewußtseinsveränderung, ein Stuporzustand oder ein hysterisches Delir eintritt. In diesen Fällen haben die außerbewußten Grundlagen der seelischen Erschütterung eine vorübergehende völlige Veränderung der ganzen seelischen Disposition und der außerbewußten seelischen Mechanismen bewirkt, in denen die psychotisch verständlichen Zusammenhänge nun ihre abnormen Grundlagen haben. Im ersten Falle handelt es sich um gradweise Verschiedenheiten unseres eigenen Reagierens, im letzten um das Auftreten neuer, abnormer außerbewußter Mechanismen.

Im ersten Falle sind wir überhaupt nicht geneigt, die verständliche Psychologie zu verlassen, während im zweiten Falle kausales Denken notwendigerweise hinzutritt. Die Verschiedenheit des reaktiven Verhaltens der Menschen ist im ersten Falle begründet in der Verschiedenartigkeit der verständlichen Zusammenhänge, die abhängig sind von der Verschiedenheit der individuellen Charak-

terveranlagung. Im zweiten Falle besteht sie in der Verschiedenartigkeit der verständlichen Zusammenhänge und außerdem in der Entstehung in verschiedener Weise veränderter seelischer Dispositionen mit ihren neuen Mechanismen infolge der seelischen Erschütterungen. Solche pathologischen Reaktionen sind begründet in einer angeborenen seelischen Konstitution oder in einer durch einen Prozeß erst neu entstandenen abnormen Konstitution. So sehen wir die verschiedensten Zustände, wie einen Stupor, ein halluzinatorisch-paranoisches Bild, als Ausdruck der durch die seelische Erschütterung bewirkten neuen seelischen Disposition.

Bei einer Schizophrenen wird eine Psychose ablaufen unter einem Bild, das seine wesentlichen Züge erhält durch die Grundsymptome der schizophrenen Charakterveränderungen und durch das Verhalten einer durch den Krankheitsprozeß geschädigten Persönlichkeit. Dieser Vorgang läßt sich am besten an Hand von Krankengeschichten erläutern:

Patientin K. H., geboren 1903.

Familienanamnese: Mutter gesund, Vater an Paralysis agitans gestorben. 2 gesunde Geschwister. Verwandtschaft o. B.

Eigene Anamnese: Kindheit verlief ohne Zeichen einer Psychopathie. Patientin war eine gute Schülerin. Sie war immer zurückhaltend und hatte keine Freunde oder Freundinnen. Da sie immer zart und blutarm war, wurde sie von der A. O. K. im Juni 1926 nach Waldkatzbach in Erholung geschickt. Dort brach die Geisteskrankheit aus. — Von Anfang an fiel ihrem Gastwirt auf, daß sie so sehr zurückgezogen lebte und er nahm an, daß es ihr nicht gefalle. Nachts schlief sie nicht und äußerte zu ihrer Zimmergenossin, daß sie von der A. O. K. mit Apparaten und Hypnose beobachtet würde, um festzustellen, was ihr eigentlich fehle. Sie fühlte sich überall verfolgt und beobachtet. Alle Leute würden sie auslachen und der Pfarrer habe seine Predigt eigens für sie gehalten. Sie habe ein schlechtes Gewissen, das ihr keine Ruhe lasse und sie wolle sich deshalb umbringen. Sie lag dann steif im Bett und reagierte auf nichts. Am 8. 6. 1926 wurde sie deshalb in die Psychiatrische Klinik Heidelberg gebracht. Dort ist sie bei der Aufnahme verschlossen und zu keiner Antwort zu bewegen. Sie läßt sich ängstlich wimmernd ohne Widerstand auf die Abteilung bringen. Im Verlauf ihres Aufenthaltes in der Klinik bietet sie das Bild eines katatonen Stupors. Sie sitzt ruhig ohne Beziehung zur Umgebung da und stößt nur langgezogene, wimmernde Töne aus. Da dies störend ist, wird sie auf die unruhige Abteilung verlegt. Der Zustand dauert mit leichter Besserung bis 1930 fort. Es besteht dabei Nah-

rungsverweigerung. Am 16. 6. 1930 wird sie von ihrem Bruder gegen ärztlichen Rat aus der Klinik genommen.

Klinische Diagnose: Katatonie.

Am 8. 7. 1930 wird die H. in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster eingeliefert. Hier sitzt sie mit rat- und hilflosem Gesichtsausdruck herum, zeigt eine Pseudoflexibilitas cerea und Echopraxie. Sie ist hochgradig kataleptisch mit Andeutung von Schnauzkrampf. Dabei ist sie gesperrt und nicht ansprechbar. Da sie auch unrein ist und mit Urin und Kot schmiert, wird sie nach W. S. verlegt. Dort ist sie weiter stuporös; ohne Beziehung zur Umgebung sitzt sie mit maskenartigem Gesicht da. Ihr Zustand bessert sich dann etwas, sie ist nicht mehr unrein. Am 18. 1. 1931 wird sie von ihren Angehörigen nach Hause geholt.

Diagnose: Katatonie.

Der körperliche Befund war in Heidelberg und hier o. B.

Die Kranke wird dann durch den Fürsorgearzt der Anstalt betreut und am 8. 11. 1934 von ihm begutachtet (betr. Invalidität): Der katatone Zustand, den die Patientin in der Anstalt bot, hat sich zu Hause allmählich gebessert, so daß sie in der Haushaltung mithelfen kann. Sie wird von ihren Eltern sehr verwöhnt, gibt an, daß sie nur vom besten Obst essen könne, da sie das andere nicht vertrage, und daß deshalb ihre Verpflegung sehr teuer sei. Da sie in der geeigneten Umgebung, in diesem Falle der Haushaltung, befähigt ist, sich zu beschäftigen, wird sie als 40 bis 50 % erwerbsbeschränkt begutachtet.

Der Entzug der Invalidenrente löst bei der Kranken eine neuerliche Psychose aus: Sie halluziniert lebhaft und es wechseln Tage der Erregung mit Tagen, in denen sie stumpf-kataton zu Bett liegt. Der Zustand macht am 31. 1. 1935 eine Wiederaufnahme in Klingenmünster notwendig. Hier bietet sie wieder die klassischen Symptome einer Katatonie: Sie sitzt teilnahmslos den Blick ins Leere gerichtet, da. Auffällig ist ein heftiger Negativismus, mit dem sie sich allen Anordnungen von Ärzten und Pflegepersonal widersetzt. So erfordert es viel Geduld und Mühe, sie zu kleiden und ihr das Essen beizubringen. Einer Arbeitstherapie ist sie nicht zugänglich. Häufig schmiert sie mit Kot und Urin und ist auch manchmal des Nachts unrein.

Dieses Zustandsbild hält nun bereits 1¼ Jahr unverändert an.

Betrachten wir unseren Fall vom Standpunkt der kausalen und verständlichen Zusammenhänge, so können wir eine kausale Bindung wohl feststellen, während ein verständlicher Zusammenhang zwischen Erlebnisinhalt und Psychoseninhalt nicht nachweisbar ist. Es handelt sich also im Sinne Jaspers um einen neuerlichen Krankheitsschub.

Die Patientin machte in den Jahren 1926 bis 30 einen ersten schizophrenen Schub durch, der einen Defektzustand in der Persönlichkeit hinterließ. Als Kern dieses Charakterbildes haben wir einen stimmungslabilen, in seinem Willen geschwächten Menschen. H. versucht diese Grundstörungen mit übertriebenem Eigensinn zu kompensieren: „Ich kann nur vom Besten essen" usw. Die veränderte gemütliche Einstellung zur Welt zeigt sich bei unserer Patientin schon deutlich zu Beginn ihrer Krankheit, indem sie sich von ihren Mitmenschen absondert und wahnhafte Beziehungsideen äußert.

Aus den Störungen der einzelnen Gebiete des Seelenlebens mit den daraus entstehenden Defektzuständen resultiert die Schädigung der Gesamtpersönlichkeit und weiter können wir uns das abnorme reaktive Verhalten unserer Kranken dadurch erklären.

Diese willensschwache, entschlußlose Persönlichkeit gerät durch den Entzug des Geldes, das sie für ihren Lebensunterhalt sicher zu haben glaubte, in einen neuen Krankheitsschub. Dieser imponiert durch einen Stuporzustand, der die Patientin nun schon seit 1¼ Jahren anstaltspflegebedürftig macht. Da die Krankheit in Schüben verläuft, ist mit einer Besserung wohl zu rechnen, auch derart, daß sie vorübergehend entlassen werden kann. Eine Erwerbsfähigkeit im Sinne des Gesetzes ist nach der schweren Schädigung der Gesamtpersönlichkeit und der Verlaufsart der ersten Remission nicht anzunehmen.

Patientin J. F. geboren 1896.

Familienanamnese: Patientin hat noch 5 Geschwister. Ein Bruder und eine Schwester leiden ebenfalls an Schizophrenie.

Eigene Anamnese: Kindheit verlief normal. F. besuchte die Volksschule war eine gute Schülerin. Nach der Schulzeit kam sie als Dienstmädchen in Stellung. Menarche erfolgte mit 13 Jahren. Die Entwicklungsjahre verliefen normal. Im Jahre 1917 gebar sie ein uneheliches Kind. Schwangerschaft und Wochenbett normal.

Sie erkrankte im Januar 1920 mit Fieber Ohnmacht und Gliederschmerzen. Am nächsten Tag war sie völlig verwirrt desorientiert und äußerte Gehörshalluzinationen. Sie kam deshalb im Februar 1920 in die Anstalt Homburg. Dort war sie orientiert halluzinierte aber heftig. Körperbefund o. B. Dann erkrankte sie an Ruhr und wurde dabei psychisch klarer. Nach der Heilung stand sie wieder deutlich unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen und Wahnideen, glaubte, der böse Feind verfolge sie. Am 23. 8. 1920 wurde sie gegen ärztlichen Rat mit der Diagnose „Dementia praecox" entlassen.

Über die Zwischenanamnese bis Mitte Mai 1924 ist nichts bekannt. Um diese Zeit wurde die Kranke wieder erregt; sie bedrohte ihre Angehörigen mit dem Messer, wollte sich aus dem Fenster stürzen. Sie lief nackt auf den Pfarrhof und beschimpfte laut die Geistlichkeit. Sie hörte überall Stimmen und fühlte sich verfolgt.

Am 3. 6. 1924 kam die Patientin in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Hier verhielt sie sich zugänglich, behauptete, keine Stimmen zu hören. Der Körperbefund war ohne Besonderheiten mit Ausnahme eines symmetrischen Exanthems. WaR positiv. — Vorübergehend war sie noch erregt, gab dazu an, den Teufel gesehen zu haben. Dieser habe sie veranlaßt, so herumzuspringen. Sie machte eine Neosalvarsankur durch. Sie lag dann tagelang verstimmt zu Bett und machte einen Suizidversuch, indem sie sich eine Nadel durch den Arm steckte. — Allmählich wurde sie freier und geordneter und wurde am 22. 3. 1927 in Fürsorge entlassen.

Danach arbeitete sie zu Hause bis Mitte Oktober 1928. Um diese Zeit hörte sie wieder Stimmen, sah Gestalten und war gewalttätig gegen ihre Umgebung. Am 3. 11. 1928 erfolgte die Wiederaufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Zunächst war die Kranke sehr unruhig und verlangte dringend hinaus. Allmählich arbeitete sie regelmäßig, gab an, noch Stimmen zu hören, deren Inhalt sie aber verschwieg. Am 9. 2. 1930 konnte sie wieder entlassen werden. — Da ihre schizophrene Schwester noch zu Hause war, und sie sich mit ihr gar nicht verstehen konnte, wurde J. F. schon nach wenigen Tagen wieder in die Anstalt gebracht. Sie arbeitete zunächst nichts und drohte, daß sie nichts unbenutzt lassen wolle, um hinaus zu kommen. Sie ging in den Bügelsaal und bekam, da sie regelmäßig und fleißig arbeitete, freien Ausgang. Sie entwich am 30. 9. 1930. — Nach einigen Tagen wurde sie wieder gebracht. Sie verhielt sich schüchtern, ausweichend und ging wie bisher in den Bügelsaal. Die kranke Schwester wurde nun eingeliefert und J. F. wurde am 26. 7. 1931 entlassen.

Zu Hause arbeitete sie ordentlich und fleißig. Am 14. 6. 1932 wurde sie vom Fürsorgearzt der Anstalt aufgesucht: Sie war orientiert und fühlte sich ganz wohl. Sie erklärte, daß sie arbeiten könne und keine Stimmen mehr höre. Als sie erfuhr, daß die Untersuchung auf Antrag der Landesversicherungsanstalt vorgenommen wird, änderte sich sofort ihr Benehmen: Sie müsse sehr viel in frische Luft; sie glaube kaum, daß sie jemals wieder in Stellung gehen könnte. Die Mutter betonte dazu, daß ihre Tochter nicht mehr so sei wie früher. Sinnestäuschungen und Wahnideen wurden von der Kranken energisch abgelehnt: Das sei einmal vor vielen Jahren gewesen. Damals müsse sie Fieber gehabt haben. —

Auf Grund dieser Feststellungen wurde die Patientin als 40 bis 50 % erwerbsbeschränkt begutachtet.

Nachdem ihr dies mitgeteilt wurde, kam es bei der J. F. im November 1932 zu einer erneuten Psychose. Sie wurde in einem heftigen Erregungszustand, bei dem sie auch unrein war, im Dezember 1932 wieder in die Anstalt Klingenmünster eingeliefert. Hier arbeitete sie, verweigerte jedoch jede Auskunft über Sinnestäuschungen. Sie war zeitweise erregt und redete verworrenes Zeug. Schließlich wurde sie wieder geordneter und am 30. 9. 1933 zu ihrer Mutter entlassen.

Am 12. 2. 1935 wurde sie abermals durch den Fürsorgearzt untersucht. Sie war sofort orientiert. Bei der Unterhaltung war sie schwer ansprechbar und fixierbar. Sie war nicht zum Hinsetzen zu bewegen, sondern lief ruhelos hin und her, begann alle möglichen kleinen Arbeiten, ohne eine zu vollenden. Oft gab sie bewußt ausweichende Antworten. Mit ihrem Befinden erklärte sie sich soweit ganz zufrieden. Nur habe sie alle 4 Wochen so sehr Kopfweh und müsse in dieser Zeit zu Bett liegen. Sie gab an, noch Stimmen zu hören; sie kümmere sich aber nicht darum, um nicht verrückt gemacht zu werden. Dann sagte sie: „Ich höre auch gerne Stimmen, damit ich innerlich nicht ganz totgemacht werde." Die Mutter gab an, ihre Tochter bekäme Streit mit vielen Leuten, besonders mit ihren Hausbewohnern. Sie höre Sachen, die gar nicht existierten und würde alles auf sich beziehen.

Beim letzten Fürsorgebesuch durch Referentin am 28. 4. 37 wurde J. F. nicht zu Hause angetroffen. Ihre Mutter erklärte, daß sie ihre Tochter ihrer Streitsucht wegen nicht hätte im Hause behalten können. Sie sei seit fast zwei Jahren bei einer verheirateten Schwester in R. zu Besuch. Sie wurde deshalb am 8. 5. 37 dort aufgesucht. — Eine gut aussehende ordentlich gekleidete Frau öffnete die Tür und erwies sich als die gesuchte Patientin. Sie führte Ref. sofort in das Wohnzimmer, bat sie, Platz zu nehmen und setzte sich mit ihr an den Tisch. Sie war orientiert und geordnet, gab auf alle Fragen sinngemäße Antworten: Bei ihrer Schwester habe sie es sehr schön; sie brauche nur leichte Arbeiten zu verrichten. Alle 4 Wochen müsse sie allerdings zu Bett liegen. Sie habe Erbrechen und Schwindel. Das käme bestimmt von den Herz- und Magennerven. Aus diesem Grunde könne sie auch nicht in Stellung gehen, denn dann sei es unmöglich, daß sie sich öfters ins Bett lege. Sie leugnete, jemals Stimmen gehört zu haben, meinte: „Die hören andere auch." Auf eindringliches Befragen mußte sie aber zugeben: „Wenn ich auch Stimmen höre, das macht mir nichts aus, die lasse ich links liegen. Was ist das, wenn ich eine Stimme höre,

bin ich dann geisteskrank?" Aufregen würde sie sich nicht mehr so wie früher, sie habe sich bei ihrer Schwester gut erholt.

Schwager und Schwester bestätigen, daß sie z. Zt. der Regel stets zu Bett liege und auch sonst häufig über Magen- und Gallenbeschwerden klage. Es ginge ihr am besten, wenn sie sich pflege. Sie würde regelmäßig die gleichen leichten Arbeiten verrichten. Ungewohnten Anforderungen sei sie allerdings nicht gewachsen, sie würde sich dann entweder zu Bett legen oder sehr aufregen.

Während der Unterhaltung blieb die Patientin nur mit größter Beherrschung ruhig sitzen. Je länger die Aussprache dauerte, desto unruhiger wurde sie. Sie nestelte an der Tischdecke herum, strich jede Falte glatt, zupfte an ihrem Kleid, schaute nervös im ganzen Zimmer umher und suchte krampfhaft das Gespräch auf allgemeine Dinge abzulenken.

Wie bei unserer vorigen Kranken wurde auch bei J. F. durch den Entzug der Rente ein neuer Krankheitsschub mit Erregungen und Unreinlichkeit ausgelöst.

Nach den ersten Schüben war offensichtlich eine weitgehende Besserung, vielleicht sogar eine gewisse Heilung eingetreten. Nach dem letzten Schub im Jahre 1932/33 war eine völlige Wiederherstellung der geistigen Gesundheit nicht eingetreten. Gehörshalluzinationen, die sie zuerst leugnete, dann aber offen zugab, bestanden weiter. Einmal erklärte sie, sie achte nicht auf die Stimmen, dann äußerte sie, sie höre gerne Stimmen, damit sie innerlich nicht ganz totgemacht werde. Dieses Gefühl der Veränderung der Persönlichkeit (Totwerden des Innern) ist fast eine typische Erscheinung der Schizophrenen, die wir immer wieder hören.

Als Reste der schizophrenen Denkstörung dürfen wir das Abschweifen vom eigentlichen Thema zu allgemeiner Unterhaltung auffassen. Das Ergebnis dieser Denkstörung, verbunden mit Aktivitätsverlust ist, daß die Kranke bei der kleinsten Mehrbeanspruchung versagt, wenn sie auch sonst geordnet ist. Sie liegt alle vier Wochen einige Tage zu Bett und äußert außerdem hypochondrische Klagen, die offensichtlich mit der von ihr selbst empfundenen Aktivitätseinbuße in Zusammenhang stehen. J. F. konzentriert diese Beschwerden vor allem auf Magen- und Herznerven. Als Ausdruck der individuellen Verödung in Zusammenhang mit einer gewissen psychomotorischen Schwäche dürfen wir die mangelnde Konzentrationsfähigkeit und die motorische Unruhe und Gespanntheit während der Unterhaltung betrachten. Für die mangelnde Konzentrationsfähigkeit, sowie die leichte Erregbarkeit sind sicher auch die noch vorhandenen akustischen Halluzinationen mit verantwortlich zu machen.

Diese Kranke beweist, daß der starke Aktivitätsverlust bei Schizophrenie Bilder erzeugen kann, die sehr an psychogene Reaktionen erinnern.

Eine typische sekundäre, psychisch bedingte Reaktionsweise, wie wir sie bei Schizophrenie so häufig finden, sehen wir bei der nächsten Patientin.

Patientin R. L., geboren 1899.

Familienanamnese: Die Schwester der Mutter, Frau R. H., ist die Ehefrau des wegen Schizophrenie in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster untergebrachten J. H. — Der Ehe H. entstammen 10 Kinder, von denen 4 taubstumm sind. — Der Vater der Patientin starb im Alter von 51 Jahren an einem Magenleiden. Er sei sehr nervös gewesen, habe viel vor sich hingeredet und mit den Händen gefuchtelt. Die Mutter unserer R. L. ist gesund. — Patientin hat noch 3 gesunde Geschwister.

Eigene Anamnese: Kindheit verlief ohne Besonderheiten. R. L. besuchte 6 Volksschulklassen und war eine gute Schülerin. Nach der Schulzeit ging sie als Dienstmädchen in Stellung und war schließlich ein Jahr als Reisende in Ostpreußen tätig. 1923 heiratete sie einen Schreiner. Die Ehe war glücklich. 1926 gebar sie einen Knaben. 1928 ging der Mann nach Amerika und ließ Frau und Kind bei ihrer Mutter. Frau R. L. hatte anfangs sehr Heimweh nach ihrem Mann.

Die Geisteskrankheit begann 1928 ganz allmählich mit Schlaflosigkeit. Patientin träumte viel, dachte über vieles nach und dichtete nachts. Der akute Krankheitsausbruch fiel in das Jahr 1930. Sie gab an, daß sie eines Tages durch das schlechte Aussehen ihrer Schwester sehr erschreckt wurde. In der folgenden Nacht habe sie in das Schlafzimmer ihrer Mutter gehen und dort Dinge reden müssen, in einer Sprache, die nicht die ihre gewesen sei. Sie glaubte, sie müsse die Zukunft sagen. Dies würde ihr jede Nacht ziemlich zur gleichen Stunde von einer unbekannten Macht eingegeben. Sie glaube, daß dies Gedankenübertragung von ihrem Manne sei.

Tagsüber war sie nicht verändert, nur zitterig und von Furcht vor der Nacht erfüllt. Abends stellte sie sich einen Kübel Wasser vor das Bett, um sich nachts darin abzukühlen, aber dann war die Eingebung zu stark und sie hätte wiederum zu ihrer Mutter gehen und reden müssen. Einmal habe sie einen Tag und eine Nacht durch getobt und hätte kaum gehalten werden können. Daraufhin sei sie ins Krankenhaus Kaiserslautern gekommen. Dort habe sie nachts schwarze Männer gesehen, vor denen sie sich fürchtete. Am

Tage war sie unruhig. Sie glaubte sich in einer Kirche und sah viele Gesichter. Im Krankenhaus hörte sie zum ersten Male Stimmen, die ihr Schlimmes sagten: Ihre Mutter sei tot, ihr Mann habe sich verschnitten und sie müsse das mit sich auch tun. Sie kam am 5. 7. 1930 in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster.

Hier glaubte sie, sie solle zur Fremdenlegion gebracht werden. Die Pflegerinnen wollten sie mit Messern überfallen und ihr vergiftetes Essen geben. Die Stimmen sagten ihr weiter, daß sie sich die Pulsader öffnen solle. Die Stimmen kämen aus einem Rohr, das von der Anstalt eigens zu diesem Zweck angelegt worden sei. Einmal hieß es: ‚Drücke dich gerade tot", und sie habe versucht, sich zu erwürgen.

Der Geisteszustand der Patientin besserte sich. Sie leugnete ihre Wahnideen, stand aber ihrem Verhalten nach noch unter deren Einfluß. Sie arbeitete auf dem Feld, war reinlich und wurde am 7. 10. 1930 nach Hause entlassen.

Die Patientin wurde dann von der Außenfürsorge der Anstalt betreut. Bei diesen Untersuchungen war sie zugänglich, freundlich, negierte Sinnestäuschungen und Wahnideen. Sie war orientiert, beantwortete die Fragen prompt und richtig. 1934 wurde sie unfruchtbar gemacht und im Februar 1935 als gesund begutachtet.

Sie erschien daraufhin in den Beratungsstunden, um sich über ihr Sterilisationsverfahren zu beschweren und nach dem Verbleib ihrer Rente zu erkundigen. Am 8. 5. 1935 kam sie in sehr erregtem Zustande verstört und verstimmt, innerlich gespannt, wiederum in die Beratungsstunde und legte ohne ein Wort zu sagen ihre Geldbörse auf den Tisch: Inhalt 1.60 RM. Sie sprach dann unverständlich bald von Sterilisation, bald von Invalidität und man konnte aus ihren Reden soviel entnehmen: Auf der einen Seite halte man sie für gesund und entziehe ihr die Rente, auf der anderen Seite halte man sie für erbkrank und lasse sie unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fallen. Schließlich bat sie, man solle sich doch entweder für das eine oder für das andere entscheiden. — Sie wurde am 27. 7. 1935 vom Fürsorgearzt der Anstalt in ihrer Wohnung aufgesucht. Er hörte auf sein Klopfen an der Haustür deutlich Schritte, bekam aber nicht geöffnet. Als er darauf durch eine Hintertür ins Haus gelangen konnte, fand er dies leer. Beim Herausgehen hörte er an der auffallend weit offenstehenden Kellertür lautes, heftiges Atmen und er fand die Gesuchte auf der Treppe. Sie war nicht zum Heraufkommen zu bewegen. Sie erklärte, sie habe ja nichts mehr vom Leben, sie brauche keine Luft usw. Sie war orientiert und gab sinngemäße Antworten. — Im August 1935 wurde vom Bürgermeisteramt mitgeteilt, daß Frau L. sehr erregt, gemein- und selbstgefährlich sei. Sie wurde

daraufhin am 13. 8. 1935 in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster aufgenommen.

Als Grund ihrer neuerlichen Unterbringung in der Anstalt gab sie „Spitzbübereien" an: Sie sei minderwertig durch die vor einem Jahr vollzogene Unfruchtbarmachungsoperation; ob es denn eine Verschwendung sei, wenn sie die paar Mark Rente bekäme. Sie wolle heim, sie könne dort auch etwas arbeiten. — Schon wenige Tage nach der Wiederaufnahme wurde sie geordnet und orientiert. Sie arbeitete fleißig erst in der Putzgruppe und dann in der Schälküche, so daß sie am 27. 11. 1935 wieder entlassen werden konnte.

Nach ihrer Entlassung kam sie mehrere Male in die Fürsorgeberatungsstunde. Sie machte stets einen geordneten Eindruck und gab auch an, daß sie sich einen Arbeitsplatz suchen wolle. Dabei stellte sie aber so viele Ansprüche, daß sie nichts Passendes fand. Jedesmal bat sie den Arzt um geldliche Unterstützung.

Als Referentin Frau L. am 28. 4. 1937 in ihrer Wohnung aufsuchen wollte, traf sie nur die Mutter der Patientin an. Diese gab auf Befragen an, daß es mit ihrer Tochter im Großen und Ganzen gehe, nur sei sie leicht reizbar und immer verschlossen. Irgendwelche krankhaften Erscheinungen, wie Stimmenhören und Gestaltensehen, habe sie seit langer Zeit nicht mehr beobachtet. — Frau L. selbst wurde dann im Nachbarort in ihrem Garten aufgesucht, wo sie fleißig arbeitete. Sie ging auf alle Fragen ein, erfaßte sie rasch und gab sinngemäße Antworten: Zunächst klagte sie darüber, daß sie nachts so schlecht schlafen könne. Sie habe Sodbrennen und Herzwasser und Schmerzen, die den Rücken herauf zum Kopf ziehen würden. Sie wolle ganz gerne arbeiten, nur müsse sie einen Platz haben, wo sie ganz für sich allein sei und niemand sich um sie kümmere. Am liebsten wäre ihr, wenn sie stets ein- und dieselbe Arbeit verrichten könne. Auf die Frage, ob sie noch Stimmen höre, gibt sie zur Antwort: „Ich werde manchmal geplagt. Darüber kann ich aber nicht sprechen, das ist ein Geheimnis. Ich meine oft, das wird einem so gemacht. Die Ärzte haben sicherlich etwas an den Leuten getan, daß sie tot werden sollen. Die wollen doch die Leute weg haben, vor allen Dingen die, die in Klingenmünster waren. Ich gehe nicht mehr dorthin. Wenn man dort war, ist man ja erledigt. Ich bekomme deshalb auch keine Arbeit mehr, weil ich in Klingenmünster war. Mir ist soviel angetan worden. Ich bin ungerecht behandelt worden, hauptsächlich von Dr. S. Der hat mich heimlicherweise verkauft und hat mich derartig schlecht gemacht, daß ich keine Arbeit mehr bekomme. Ich habe das Gefühl, als wenn ich zuviel in der Welt wäre. Ich werde immer so geplagt, man soll halt weg. Das alles geht von einem hohen Wesen aus, das alles von mir weiß und

auch weiß, daß ich in Klingenmünster war. Dieses hohe Wesen ist aus Fleisch und Blut und hat alle Gewalt über mich. Mir ist etwas angetan worden, ich komme mir manchmal vor wie verhext."

Frau L. war 1930 wegen einer deutlichen Schizophrenie in der Anstalt Klingenmünster. Das Verhalten, das sie nach Entzug der Rente und nach Ausführung ihrer Unfruchtbarmachung an den Tag legte, war bestimmt kein schizophrenes. Es steht nur insofern mit der damaligen Geisteskrankheit in Zusammenhang, als die in ihrem Kern durch die Schizophrenie geschädigte Persönlichkeit durch das zeitlichen Zusammentreffen des Rentenverfahrens und der Unfruchtbarmachung schwer erschüttert wurde. Sie war nicht imstande, die beiden Fragenkomplexe sachlich unter Hintanstellung des persönlichen Affekts zu beurteilen. Wie sehr sie sich mit diesen Fragen beschäftigte, beweist, daß sie im Jahre 1935 öfters als in den vorhergehenden Jahren die Beratungsstunden der Anstalt aufsuchte. Die etwas theatralische Art, mit der sie ihre Geldbörse auf den Tisch des Beratungslokals legte, war schon damals für eine neurotische Reaktion beweisend. Ein Schizophrener wird niemals zu einem derartigen Gebaren kommen. Noch deutlicher war ihr Verhalten bei dem Hausbesuch, bei dem Frau L. sich auf das Klopfen hin nicht entschließen konnte, die Tür zu öffnen. Ihre Schritte blieben nur vernehmbar und dann machte sie sich beim Durchsuchen des Hauses durch geräuschvolles Atmen bemerkbar. — Der letzte Besuch bei Frau L. bestätigte wiederum die Annahme einer psychogenen Reaktion. Dies geht besonders aus ihrer Stellungnahme zu der Frage über das Stimmenhören hervor. Sie versucht, Sinnestäuschungen zu produzieren, redet sehr geheimnisvoll und widerspricht sich oft. Für eine echte akute Schizophrenie finden sich jedoch keinerlei Anhaltspunkte: Sie ist zu affektbetont und reagiert zu prompt und folgerichtig auf die an sie gestellten Fragen, daß man zu keinem anderen Schluß als eben den einer psychogenen Reaktion kommen kann. Ohne die Vorgeschichte der Kranken zu kennen, würde man die Diagnose „hysterische Reaktion" stellen.

Die durch die endogene Psychose in ihrem Willen geschwächte Persönlichkeit sucht sich durch die Neurose, das heißt die Flucht in die Krankheit, die Rente zu sichern. Es ist anzunehmen, daß die Kranke auf Rentenentzug immer neurotisch reagieren wird und es war deshalb richtig, diesen so früh wie möglich durchzuführen, denn nur so ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß Frau L. ihre Neurose aufgibt und sich wieder einer nutzbringenden Arbeit zuwendet.

Die nächste Kranke bietet ein volkommen anderes Bild:

Patientin O. H., geboren 1889.

Familienanamnese: Angeblich keine erbliche Belastung.

Eigene Anamnese: Nie ernstlich krank gewesen. Besuchte die Volksschule, nicht sitzen geblieben. Nach der Schulzeit war sie zu Hause und lernte nebenbei Schuhsteppen.

Der Beginn der Geisteskrankheit fiel in das Frühjahr 1922: Frau H. war zeitweise sehr erregt, ihre Stimmung schwankte und sie war unrein. Sie glaubte, sie hätte alle möglichen Krankheiten, sah Augen, die sich drohend auf sie richteten. Um ihre Krankheit zu heilen, riß sie sich die Kopfhaare aus. Sie wurde deshalb am 22. IX. 1924 in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster eingeliefert.

Bei der Aufnahme war sie sehr erregt, wurde aber auf der Abteilung sofort ruhig. Frau H. war zeitlich und persönlich orientiert. Örtlich war sie desorientiert: sie glaubte bestimmt, sie sei in Heidelberg. Sie erklärte, sie hätte Krebs und ließ sich nicht von ihrer Meinung abbringen. Plötzlich setzte sie sich in Positur, schlug sich auf die Brust und sprach rhythmisch in Ton und Takt der Messe: „Ich bin nicht gereinigt, ich muß gereinigt werden." Erklärend setzte sie hinzu, daß sich dadurch die Krankheitskeime im Unterleib setzten. Die Leute hielten sie deshalb für närrisch. — Der Körperbefund ergab eine Gravidität.

Während der Exploration war die Patientin euphorisch, sprach lebhaft gestikulierend. — In einer Nacht wurde sie sehr erregt, sah ihren Mann, äußerte Verfolgungs- und Vergiftungsideen. In den folgenden Tagen war sie unrein und mußte nach W. U. verlegt werden. Sie beruhigte sich wieder und kam nach W. S. Hier war sie ansprechbarer, behauptete, es rieche nach Leichensteinen und Verbrennungen. Außerdem habe sie durch Geister, die in der Luft schwebten, Verbindung mit ihren Angehörigen und mit einer entfernten Freundin. Im weiteren Verlauf ihres Hierseins war sie ruhig, sang höchstens in getragener Form vor sich hin und machte dazu segnende Handbewegungen. Am 11. III. 1925 kam sie wegen starker Blutungen ins Krankenhaus Landau. Es wurde ein retroplacentares Haematom festgestellt. Das tote Kind wurde durch Wendung entwickelt. — Am 22. III. 1925 kam sie zurück in die Anstalt. Sie war laut, fühlte sich durch elektrische Ströme „gedrahtelt und gestichelt". Im Garten machte sie einen Fluchtversuch über den Zaun. Sie steckte voller Wahnideen, glaubte ihre Angehörigen seien auf dem Speicher und unterhielten sich mit ihr. Am 18. IV. 1925 wurde sie von ihrem debilen und völlig uneinsichtigen Mann gegen Rat des Arztes heimgeholt. — Schon nach 10 Tagen wurde sie wie-

der gebracht. Sie ging nachts aus dem Bett, sprach und sang laut. Einige Wochen arbeitete sie regelmäßig, bis sie schließlich viel schmierte und behauptete, das gehöre zur Hautpflege. Oft sang sie dazu wie ein Pfarrer. Im Januar 1926 gelang es, sie im Nähsaal zu beschäftigen. Allmählich arbeitete sie fleißig, regelmäßig und ordentlich. Diese Besserung dauerte nur wenige Wochen, dann trat wieder eine Verschlechterung ein mit Wahnideen und Erregungen. Dieser Zustand hielt sich ungefähr ¼ Jahr. Anschließend trat eine deutliche Besserung ein. Die Patientin arbeitete fleißig und regelmäßig und war nur noch an manchen Tagen sehr reizbar. Am 21. XI. 1927 wurde sie nach Hause beurlaubt, nachdem ihre Unfruchtbarmachung vollzogen worden war.

Nach Angaben des Ehemanns gewöhnte sich Frau H. rasch wieder ein und konnte ihren Haushalt versorgen. Von Zeit zu Zeit bekam sie noch Erregungszustände, in denen sie ihre wirkliche Lage vollkommen verkannte. Aus diesem Grunde wurde sie in einem Gutachten vom 16. VII. 1928 als invalide bezeichnet. — Erhebungen der Landesversicherungsanstalt im Juni 1929 ergaben, daß Frau H. seit ½ Jahr als Heimstepperin für eine Schuhfabrik arbeitete. Ihre Invalidität wurde daraufhin verneint. Im Einspruchverfahren wurde ihr die Rente wieder zugebilligt. Bei einer Nachuntersuchung durch den Fürsorgearzt der Anstalt zeigte sie keine Krankheitseinsicht, äußerte aber sehr viele Wahnideen. Über ihren Anstaltsaufenthalt war sie sich keineswegs im Klaren. Sie sei damals unterirdisch nach L. ins Krankenhaus gebracht worden, wo sie vom Reichspräsident Hindenburg empfangen und zur Entbindung gebracht worden sei. Weiter sagte sie, daß sie mit Neu-Guinea unterirdisch verbunden werde. Sie spreche mit einem Herrn Duscher. Er käme demnächst zu ihr, um sie nach dort abzuholen. Dort solle ihr nämlich die Organisation der Schulindustrie und verschiedener Stickereien und Webereien übertragen werden. Sie bereite sich auf diesen ehrenvollen Beruf vor, indem sie täglich für die Schuhindustrie arbeite. Daneben entwerfe sie Häkelmuster, um diese Handarbeit in Neu-Guinea einführen zu können. Die Kranke war zeitlich und örtlich orientiert und machte auch in der Unterhaltung einen geordneten Eindruck. Erst wenn man ihr Wahnsystem berührte, sprach sie ununterbrochen von ihren paranoiden Ideen. Da durch die Art der Wahnideen die Arbeitsfähigkeit der Kranken gefördert wurde, wurde sie, trotzdem sie schwer geisteskrank war, nicht als invalide bezeichnet. — Am 20. XI. 1934 wurde sie von dem Bezirksarzt untersucht. An diesem Tag war aus ihr kein vernünftiges Wort herauszubringen. Am 10. XII. 1934 teilte die Nachbarin dem Fürsorgearzt mit, daß Frau H. im Allgemeinen ruhig und geordnet sei und nur an manchen Tagen reizbar und erregt werde.

Einige Tage später traf er Frau H. selbst zu Hause an. Sie erzählte, daß sie gerade in der Fabrik 9 Paar Schuhe abgeliefert hätte und daß sie für ihre frühere Firma Musterschuhe für Australien angefertigt hätte. Sie habe sich eingebildet, sie solle dort eine Schuhindustrie einrichten. Eben sei es schlecht in der Schuhbranche, aber man müsse froh sein, wenn man überhaupt Verdienst habe. Sie halte sich nicht für krank, sie habe eben schwache Nerven. Sie sei aufgeregt wie jeder normale Mensch auch.

Beim letzten Besuch durch die Referentin am 28. IV 1937 arbeitete Frau H. gerade an einem Paar Schuhe. Sie war ansprechbar, freundlich und gab geordnete Antworten. Erst auf die Frage, ob sie noch immer die Schuhindustrie in Neu-Guinea einführen wolle, rückte sie mit ihren Wahnideen heraus, die sie dann ununterbrochen weiter fließen ließ: „Das mit der Schuhfabrik ist durch die Mission der Pfarrer gekommen. Das ist wenn ein Angriff durch irdische Elektrizität gemacht wird. Durch die drahtlose Telegraphie wird dann alles aufgenommen, was zur Einführung der Schuhindustrie nötig ist. Durch die Stöckelschuhe bin ich in die Anstalt gekommen. Abessinien hat sich auch darein gehängt gehabt. Das führt hier ins Haus. Die Neger, die hier in der Stadt waren, haben sich mir vorgestellt. Das ist die Verbindung mit Afghanistan und Turkestan. Das hängt auch mit den Rumäniern zusammen, die angeschlossen wurden. Die wollen eben haben, daß sie einen Anschluß an Deutschland bekommen. Die Leute habe ich alle unterirdisch gesehen, das ist durch die Spritzen gekommen, die ich bekommen habe. Die Negerfrau mit den schönen Schuhen in der Hand war von Madagaska. Die ist auch schon einmal wegen Spionageverdacht festgenommen worden. Ich bin auch mit dem Kloster in Verbindung. Da muß man Verbindung haben im Kopf mit dem Pfarrer. Wenn man den Krieg verhüten soll, muß man sich schon anstrengen. Die Franzosen sind ja jetzt abgezogen. Wie ich aus dem Erdinnern höre, ist eine militärische Übung im Gange. Da werden wahrscheinlich Neger hereinkommen, da bekomme ich vordiktiert, was ich zu schreiben habe. Mit Kiel, Cuxhaven habe ich auch schon Geschäfte gehabt und Schuhe hin geliefert. (Machen Sie noch für das Ausland Musterschuhe?) Eben schaffe ich weiter garnichts wie meine Arbeit für die Fabrik Fr. Arbeit habe ich jetzt genug."

Während der Unterhaltung machte Frau H. einen unsteten Eindruck. Sie schnippelte mit der Schere an kleinen Lederresten herum, ordnete sie aufeinander, um dann alles auf den Boden zu werfen und das Spiel von Neuem zu beginnen. Oft lächelte sie albern und unmotiviert. Die Wahnideen wurden mit monotoner Stimme hervorgebracht, die ganz im Gegensatz stand zu dem phantastischen Inhalt des Gesprochenen. Manchmal grimassierte sie leicht.

Bei dieser Kranken besteht die Psychose ununterbrochen seit ihrem ersten Anstaltsaufenthalt. Sie verläuft nicht in Schüben und nicht in Reaktionen. — Wir haben in diesem Falle nicht wie im Allgemeinen bei der Schizophrenie eine Abschwächung des Willens, sondern Frau H. verfügt über eine gewisse Initiative, die sie veranlaßt, sich immer wieder nach Arbeit umzusehen, wozu doch sicher Energie gehört. Bei einem stärkeren Willensdefekt wäre es unmöglich gewesen, daß Frau H. in den letzten Jahren so regelmäßig arbeitete, wie es die Erhebungen der Landesversicherungsanstalt ergaben.

Die schizophrenen Erlebnisse hinterließen bei ihr einen pathologisch affektbeladenen Ideenkomplex, nämlich: daß sie eine führende Persönlichkeit sei, die internationale Beziehungen unterhalten müsse. Dieselben Erlebnisse veranlassen die Kranke zu arbeiten. Sie bedeuten für sie eine starke affektive Triebkraft.

Ausgeprägter ist der Defekt auf dem Gebiet des gemütlichen Lebens, der sich in einer läppischen Albernheit zeigt.

Wir finden bei Frau H. ein voll ausgebildetes Wahnsystem, das nur leicht gestreift zu werden braucht, um den paranoiden Ideen ihren freien Lauf zu lassen. Es handelt sich bei diesen nicht nur um das rationelle Weiterverarbeiten der Ereignisse der akuten Psychose, sondern der fixierte Wahn erhält dauernd neue Nahrung. Es kommt immer wieder zu neuen Bedeutungsbewußtheiten und trotz äußerer Beruhigung und Einpassung kommt das Wahnerleben nicht zur Ruhe.

Wir finden bei ihr die Ideenflucht und die mit dieser zusammenhängenden Entgleisungen, die symbolischen Deutungen, wie auch die von Anfang an eine systematisierende Tendenz aufweisenden, weiterhin durch das psychische Trauma und den Kompensationsmechanismus determinierten Wahnideen.

Betrachten wir unsere Patientin im Sinne Reichardt's, der jeden an Schizophrenie Erkrankten als invalide im Sinne des Gesetzes bezeichnet, so können wir gerade sie als Gegenbeweis zu dieser Auffassung hervorheben: Ihre Aktivität hat durch die Krankheit keine Einbuße erlitten, im Gegenteil, die Wahnideen erhöhen ihre Leistungsfähigkeit.

## Zusammenfassung:

Die Prozeßphase aller Fälle ist uns bekannt. Die Feststellung der praepsychotischen Zustände als Defektzustände bereitet uns keine Schwierigkeit. Auf dieser Grundlage entstehen nun die verschiedenen Reaktionsformen.

Auf Grund vorstehender Ausführungen wird bewiesen, daß in Fällen von vorangegangener und mit Hinterlassung von kompensierten Defektzuständen geheilter Schizophrenien eingreifende psychische Traumen, z. B. der Entzug der Invalidenrente, einen prozessualen Schub, eine psychogene Reaktion und eine echte reaktive Psychose auszulösen vermag.

Symptomatologisch ist bezeichnend

1. für den Schub der kausale, aber unverständliche Zusammenhang zwischen Erlebnis und Psychoseninhalt: das Auftreten von primären Prozeßsymptomen, das Zurückbleiben von Defektsymptomen.

2. für die psychogene Reaktion der kausale und verständliche Zusammenhang zwischen Erlebnis und Psychose, der während der Dauer der Psychose bestehen bleibt und während der keine neuen Prozeßsymptome auftreten.

3. für die echte reaktive Psychose bei der Schizophrenie der kausale und verständliche Zusammenhang zwischen Erlebnis und Psychose (Reaktion) und das Auftreten von Prozeßsymptomen während der Psychose.

## Literaturangabe.


Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie:

102/185/1934 — v. Angyal: Beiträge zur periodischen Schizophrenie und den schizophrenen Dämmerzuständen.

84/22/1926 — Bleuler: Zur Unterscheidung des Physiogenen und des Psychogenen bei der Schizophrenie.

99/367/1933 — Blume: Hysterische Psychose und schizophrener Reaktionstyp.

68/370/1918 — Bonhoeffer: Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Prozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind?

Monatsschrift für Psychiatrie:

88 — Bonhoeffer: Die Bedeutung der exogenen Faktoren in der Schizophrenie.

Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie:

151/455/1934 — v. Angyal: Über den erworbenen schizophrenen Reaktionstyp.

14/158/1913 — Jaspers: Kausale und verständliche Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox.

95/500/1925 — Schneider Kurt: Der Begriff der Reaktion in der Psychiatrie.

50/49/1919 — Schneider Kurt: Reaktion und Auslösung bei der Schizophrnie.

Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. J. Springer, Berlin.

Frostig: Das schizophrene Denken. G. Thieme, Leipzig.

Gruhle: Psychologie der Schizophrenie. J. Springer, Berlin.

Bumke: Handbuch der Geisteskranheiten. Spez. Teil, Bd. 5: Die Schizophrenie. J. Springer, Berlin.

Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. J. Springer, Berlin.

Schneider Carl: Die Psychologie der Schizophrenie. G. Thieme, Leipzig.



An dieser Stelle darf ich Herrn Professor Schneider für die Übernahme des Referrates und Herrn Medizinalrat Schmidt-Klingenmünster für die liebenswürdige Überlassung des Themas und seine Ratschläge meinen ergebensten Dank aussprechen.


Hiemit versichere ich ehrenwörtlich vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und außer den im Literaturverzeichnis angegenen Quellen keine weiteren Hilfsmittel benutzt zu haben.

Ursula Roediger.

## Lebenslauf.

Am 23. Januar 1912 bin ich als Tochter des Facharztes Dr. Karl Roediger und seiner Ehefrau Luise, geborene Wolff, in Landau-Pfalz geboren.

Daselbst besuchte ich das Mädchenlyzeum und die Oberrealschule, wo ich im Frühjahr 1931 die Reifeprüfung ablegte.

Anschließend studierte ich in Freiburg und Heidelberg Medizin, wo ich im Sommer 1933 die ärztliche Vorprüfung machte.

Die klinischen Semester verbrachte ich in Berlin, Würzburg und Heidelberg, wo ich im Herbst 1936 das medizinische Staatsexamen bestand.

Jetzt bin ich als Praktikantin an der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster tätig.

Ursula Roediger.